

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 24

DE LA SÉMÉIOLOGIE
DES
POINTS CERVICAUX DOULOUREUX
DANS
LES AFFECTIONS
DE
L'ÉTAGE SUPÉRIEUR DE L'ABDOMEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 24 Mai 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. GEORGES COUTURIER

Ex-interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Diplômé des certificats de physiologie et de géologie générales

né le 14 Mai 1888, à Lyon

GRENOBLE

GRANDS ÉTABLISSEMENTS DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE

1919



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552308_0059

DE LA SÉMÉIOLOGIE
DES
POINTS CERVICAUX DOULOUREUX
DANS LES AFFECTIONS
DE L'ÉTAGE SUPÉRIEUR DE L'ABDOMEN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919. — N° 24

DE LA SÉMÉIOLOGIE
DES
POINTS CERVICAUX DOULOUREUX
DANS
LES AFFECTIONS
DE
L'ÉTAGE SUPÉRIEUR DE L'ABDOMEN



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Samedi 24 Mai 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. GEORGES COUTURIER

Ex-interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Diplômé des certificats de physiologie et de géologie générales

né le 14 Mai 1888, à Lyon



GRENOBLE

GRANDS ÉTABLISSEMENTS DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LÉPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	X.
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.	X.
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	X.
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	GUI LEMARD	COTTE
COMMANDEUR	LERICHE	POLICARD	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	GARIN	BONNAMOUR,
LAROYENNE	TAVERNIER	SAVY	chargé des fonctions.
VORON	CADE	FROMENT	SARVONAT,
NOGIER	MOURIQUAND	THEVENOT (Lucien)	chargé des fonctions.
LATARJET	ARLOING (F.)	PIÉRY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, *President*; M COLLET, *Assesseur*;
MM. CADE et PIÉRY, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Nous fûmes son élève et avons retiré grand profit de son enseignement.

A M. LE DOCTEUR CADE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Il fut notre maître à l'Hospice du Perron. Il nous a indiqué le sujet de cette thèse, prodigué en tout temps ses conseils et très obligeamment nous a ouvert son service où nous avons puisé les observations de ce travail.

A M. LE DOCTEUR G. PARTURIER

Ex-Interne des Hôpitaux de Paris

En remerciement des documents
inédits qu'il a bien voulu nous
communiquer.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS : VALLAS.

DELORE.

VILLARD.

NOVE-JOSSERAND.

J. COURMONT.

LYONNET.

MOLLARD.

PAVIOT.

CADE.

A MES AMIS

CHAPITRE PREMIER

Les points cervicaux douloureux.

Leur fréquence. — Leur recherche.

Ce qu'ils signifient.

Dans l'étude symptomatologique des maladies, la découverte d'un symptôme à distance peut quelquefois mettre sur la voie d'une organopathie restée plus ou moins latente. Parmi ces symptômes les irradiations nerveuses sont particulièrement intéressantes : un violent point de côté abdominal chez un enfant signifie souvent le début d'une pneumonie ; une douleur dorsale persistante a pu pendant des semaines être le symptôme le plus apparent de la triade classique d'un ulcus stomacal ; que de fois une gonalgie rebelle aux traitements ne cachait-elle pas une coxalgie au début ? n'a-t-on pas vu des accès d'angor pectoris s'accompagner de violentes douleurs dans le territoire du nerf cubital gauche, sans parler des irradiations bien connues des coliques hépatique et néphrétique ? L'irradiation nerveuse qui se produisait d'abord, seulement au moment de l'accès, de la souffrance de l'organe, peut, répétée souvent, devenir plus ou moins constante et, parce

qu'elle tombe mieux sous le sens, être pour ainsi dire le « baromètre » de l'organe malade.

C'est un symptôme rentrant dans ce groupe de phénomènes sensitifs périphériques qui se manifestent au cours de certaines affections viscérales, que nous essaierons d'étudier; symptôme que nous avons trouvé très fréquent dans les organopathies de l'étage supérieur de l'abdomen, et présentant une valeur séméiologique certaine. Les maladies en question comprennent les affections ulcéreuses ou néoplasiques de l'estomac et du duodénum, les affections chroniques du foie, la lithiasé notamment; les irradiations nerveuses qui y correspondent et que nous avons ici en vue, sont constituées par *les points douloureux de la base du cou*, points cervicaux, représentés presque toujours par le point dit phrénique, dénomination que nous nous réservons de discuter dans la suite de ce travail.

En effet, si chez un sujet souffrant d'une affection chronique d'un organe de l'abdomen supérieur, par exemple un ulcus stomacal ou une vieille lithiasé biliaire, nous explorons la sensibilité profonde de la base du cou, nous sommes frappés de la fréquence des points douloureux cervicaux. Le malade étant debout ou de préférence dans le décubitus dorsal, la tête légèrement surélevée, tous les muscles du cou en résolution, la face un peu inclinée du côté opposé au point que l'on veut chercher, c'est immédiatement au-dessus de la clavicule, sur le bord externe du faisceau interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, que le doigt, index ou médus, doit s'enfoncer. La pression sera progressive et assez profonde pour éliminer la sensibilité superficielle, quelquefois même chez les sujets amaigris le doigt peut aller très profondément en se recourbant

légèrement en crochet. Très souvent, disons-nous, le malade non prévenu, qui spontanément ne ressentait aucune douleur, manifestera par un mouvement de défense ou une contraction du visage, que le doigt investigateur a appuyé sur un tronc nerveux douloureux.

Ce point qui, comme nous l'avons dit, répond le plus souvent au point connu en clinique sous le nom de point phrénique, n'est pas univoque. Il peut coexister avec d'autres points douloureux à rechercher plus haut sur la face latérale du cou, au niveau du paquet vasculo-nerveux, et semblant même parfois situés plus profondément que lui. Maints auteurs ont déjà signalés ces points douloureux au cours d'affections thoraciques et stomacales. Éliminant la séméiologie de ce symptôme au cours des affections thoraciques, nous essaierons de montrer ce qui ne paraît pas avoir été fait jusqu'ici :

1° La fréquence des points cervicaux au cours des affections abdominales de l'étage supérieur.

2° La bilatéralité, la prédominance d'un côté ou l'unilatéralité de ces points et leur signification en rapport avec ces caractères topographiques.

3° Les variations d'intensité des points cervicaux au cours de l'évolution de la maladie : leur parallélisme avec les poussées, leur disparition fréquente à la guérison.

4° Nous en déduirons leur valeur séméiologique comme signe d'orientation.

CHAPITRE II

Notions d'anatomie et de physiologie indispensables
à la compréhension des points cervicaux.

Nerfs en cause : Phrénique, Pneumo-
gastrique, Sympathique.

Maintenant que nous connaissons la topographie des points cervicaux et la manière de les rechercher, voyons dans l'anatomie et la physiologie à quoi ils correspondent.

Descendant des régions supérieures du cou pour pénétrer dans le thorax et l'abdomen trois nerfs arrêteront notre attention : le phrénique né de la IV^e paire cervicale, le pneumogastrique et le sympathique.

En avant le phrénique descend le long du bord interne du muscle scalène antérieur, en dehors de l'artère cervicale ascendante jusqu'à l'artère sous-clavière ; légèrement en arrière et en dehors le pneumogastrique est logé dans l'angle dièdre de la carotide et de la jugulaire interne ; enfin en arrière et en dedans, plaqué sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales dont ne le sépare qu'une mince couche musculaire, le grand sympathique chemine dans un dédoublement de l'aponévrose cervicale

profonde. Nous remarquerons que dans ce trajet le sympathique cervical est recouvert par le paquet vasculo-nerveux du cou et que le pneumogastrique est presque à son contact.

A la base du cou, région qui nous intéresse tout particulièrement, considérons le triangle omo-claviculaire délimité par le muscle omo-hyoïdien qui, comme on le sait, divise la région sus-claviculaire en deux parties. A ce niveau nous trouvons de la superficie à la profondeur : veine sous-clavière, nerf phrénique, muscle scalène antérieur, pneumogastrique, artère sous-clavière, grand sympathique, enfin muscle scalène postérieur et apophyse transverse des vertèbres cervicales.

Nous signalerons la position du ganglion cervical inférieur profondément caché au devant de la première articulation costo-vertébrale : il s'appuie contre le tubercule antérieur de la 7^e vertèbre cervicale, son volume est celui d'un haricot.

Donc à l'interstice des deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien nous avons en profondeur trois nerfs dont peut relever le point cervical douloureux : le phrénique, le pneumogastrique, le sympathique. De plus la pression très profonde quand elle est possible (sujet très amaigri, docile, à peau non hypéresthésiée), dirigée presque perpendiculairement, en inclinant en bas et en dedans, mène sur le ganglion cervical inférieur.

Le phrénique est le nerf respiratoire interne, ses ramifications terminales s'irradient en un riche plexus à la face inférieure du diaphragme. Mais tous les rameaux sous-péritoneaux du phrénique ne sont pas des rameaux musculaires : on en voit constamment un ou deux finir

dans le plexus solaire. Ces filets viscéraux du phrénique présentent souvent dans leur trajet, surtout à droite, de petits renflements ganglionnaires. A elle seule la présence de ces ganglions dénote qu'aux filets en question sont venues s'incorporer de nombreuses fibres sympathiques.

Le pneumogastrique après avoir donné des rameaux pour la tête, le cou, le thorax, a des limites inférieures un peu indécises parce qu'il tombe dans un système compliqué formé de relais ganglionnaires contenant également des fibres de passage. Le tube digestif dans sa partie supérieure tire une partie de son innervation du pneumogastrique, mais l'opposition fonctionnelle entre le pneumogastrique et le sympathique est loin d'être absolue : chacun des deux nerfs est un mélange de fibres antagonistes en proportions seulement inégales.

Enfin l'on sait que le sympathique est le grand nerf de la vie végétative et que, par ses nombreux plexus, il règle, avec le concours du pneumogastrique, les fonctions motrices, vaso-motrices et sécrétoires de tous les organes de la grande cavité.

Le phrénique nerf mixte peut devenir douloureux : la névralgie phrénique et ses nombreux points bien connus, dans les affections thoraciques, sont là pour l'attester.

Les nombreuses fibres sensibles trouvées dans le pneumogastrique peuvent aussi en faire un tronc douloureux : DUBARD a signalé le signe du pneumogastrique au cou soit par névrite, soit par compression d'adénopathie, au cours de l'ulcus stomacal : nous reviendrons du reste sur ce signe au sujet duquel il a émis une théorie intéressante mais discutable.

Pour le grand sympathique il est moins évident d'ad-

mettre ses capacités de conductibilité douloureuse; néanmoins l'hypothèse d'un tronc sympathique ou d'un ganglion cervical inférieur pouvant devenir sensible à la pression ne constitue aucune hérésie scientifique: nombre de considérations sont en sa faveur et cette sensibilité pathologique du sympathique a déjà été mise en avant par plusieurs auteurs:

1° — Le grand sympathique contient à côté des fibres motrices des éléments sensitifs qui les doublent. « Ces éléments centripètes du sympathique reçoivent leurs excitations d'appareils spéciaux analogues à ceux des sens supérieurs et répartis soit sur les grandes surfaces cavitaires, soit dans la profondeur des organes ». (MORAT et DOYON, p. 305, p. 328).

Les irritations répétées du grand sympathique sont donc capables d'engendrer de la douleur. Il est vrai que la plupart des auteurs (F. FRANCK, HEAD, ROSS) s'accordent actuellement pour admettre que ces sensations douloureuses rejoignent assez vite la moelle par les rami communicantes ou le nerf vertébral, et de là cheminent dans les cordons postérieurs, mais rien ne s'oppose à ce qu'elles suivent la chaîne sympathique beaucoup plus haut. DOGIEL pense du reste que tous les ganglions sympathiques renferment des neurones sensitifs.

2° — Certains auteurs admettent que la migraine est due à une névrose sympathique. H. JONES y note des foyers de douleur cervicale attribués par DUBOIS-REYMOND à la sensibilité des ganglions sympathiques: la pression de ces ganglions ferait naître la sensation connue de la migraine.

3° — Au fond le pneumogastrique n'est qu'un nerf

sympathique. Ses rapports morphologiques et fonctionnels avec le sympathique sont affirmés par l'anatomie descriptive, l'anatomie comparée et la physiologie. Ce n'est que chez l'homme que ces deux troncs acquièrent leur maximum d'indépendance. Chez beaucoup de mammifères ils sont plus ou moins confondus.

4° — L'irritation directe des plexus abdominaux est douloureuse, d'autre part les recherches de J.-CH. ROUX ont montré que la zone de sensibilité épigastrique correspondait exactement à la projection sur la paroi des ganglions caéliaques; près de l'ombilic le point de MORRIS correspondrait à un ganglion de la chaîne sympathique lombaire; le point de LŒVEN serait l'épanouissement du plexus lombo-aortique et LŒPER se demande si le point cervical gauche qu'il a trouvé, lui aussi, si fréquent dans les affections de l'estomac, ne doit pas être attribué plutôt à l'irritabilité des ganglions cervicaux inférieurs et même moyens qu'à celle du phrénique.

5° — Les caélialgies doivent être actuellement comprises comme un ensemble de variétés d'algies sympathiques d'origine, soit névropathique, soit névralgique, soit névritique.

Nous verrons plus loin que la signature anatomo-pathologique de l'hypothèse que nous venons de défendre en l'argumentant du mieux que nous l'avons pu, a déjà été trouvée plusieurs fois. Nous en reparlerons dans le chapitre de physiologie pathologique.

CHAPITRE III

Des divers auteurs qui avaient signalé les points
cervicaux douloureux dans les affections
abdominales et de l'interprétation
qu'ils en avaient donnée.

Avant d'aborder l'étude séméiologique des points cervicaux, nous dirons quelques mots des auteurs qui avaient déjà signalé les irradiations nerveuses au cours des affections dont nous allons nous occuper et de l'interprétation qu'ils en avaient donnée. M. le professeur PAVIOT a décrit dans les péritonites adhésives sous-hépatiques d'origine vésiculaire, des irradiations nerveuses, constituées par de la rachialgie, douleurs de la nuque, et aussi fréquemment douleur le long des nerfs phréniques, avec sensibilité à la pression du point phrénique à la base du cou.

Le point phrénique droit plus spécialement, a été signalé par CHAUFFARD dans les réactions douloureuses au cours des affections de la vésicule biliaire. J. TROISIER et COSTA ont vu sa fréquence à droite dans certains cas d'ic-

tère. Enfin dans une note sur le « *Diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire* » (Revue de Chirurgie, avril 1919), le docteur PARTURIER s'exprime ainsi :

« Nous l'avons pour ainsi dire trouvé (point phrénique droit) constamment, c'est-à-dire sur plus de 300 hépatiques, militaires ou civils atteints de cholécystites aiguës ou chroniques si bien que nous serions tentés de dire qu'à toute vésicule biliaire sensible correspond un point phrénique droit. Ce point sensible réveillé par la pression au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien pourrait bien être suivant la remarque du professeur QUENU un point pneumogastrique. Toujours est-il que son existence peut être considérée comme favorable au diagnostic d'une affection vésiculaire. Le point pneumogastrique gauche inclinerait au contraire vers l'idée d'une lésion gastrique ou duodénale ».

Pour ce qui concerne les affections organiques de l'estomac, DEBOVE et RENAULT, CADE, BUCQUOY (une observation dans la thèse de J.-F. MARTIN) ont signalé le point cervical, les irradiations vers l'ombilic, les hypocondres, les névralgies intercostales très violentes et les douleurs dans l'épaule, toutes ces algies étant presque toujours du côté gauche.

Pour le professeur PAVIOT la raison nécessaire et suffisante des douleurs dans toute inflammation des viscères abdominaux est constituée par l'inflammation péritonéale : c'est la périviscérite qui fait naître la sensation douloureuse. Il s'est étendu longuement sur le rôle longtemps méconnu de la péritonite sous-hépatique d'origine vésicu-

laire. Nous verrons que cette conception du rôle du péritoine enflammé est corroborée par plusieurs de nos observations où les points cervicaux semblaient fonction, non pas d'une lésion en évolution, mais des adhérences péritonéales entourant l'organe malade, adhérences vérifiées par l'intervention ou la nécropsie.

DUBARD a signalé dans la plupart des cas d'ulcus un point douloureux cervical qu'il attribue au pneumogastrique (Signe du pneumogastrique).

Il en fait une névrite d'origine bacillaire, névrite à laquelle seraient consécutifs les troubles trophiques de la muqueuse stomacale. Nous reparlerons plus loin de cette thèse pour la discuter.

Son élève, HUCHON, allant même plus loin, avait voulu faire du point douloureux pneumogastrique un signe différentiel entre l'ulcère et le cancer de l'estomac. DUBARD est revenu sur cette conception trop absolue, pour l'abandonner et nous sommes en effet de cet avis que le point cervical ne saurait donner une indication touchant la nature de la lésion causale. De la thèse d'HUCHON nous retiendrons deux affirmations qui se rapprochent des faits relatés dans nos observations :

1° Le point cervical droit coïncide plus fréquemment avec les ulcères prépyloriques, c'est-à-dire avec la région de l'extrême droite de l'estomac.

2° Dans un cas de vieil ulcus cicatrisé avec adhérences à la vésicule et à l'épiploon HUCHON signale que les points cervicaux n'étaient positifs que pendant les crises gastriques.

Enfin, les points douloureux abdominaux au cours des

affections organiques étant considérés comme des algies sympathiques, nous avons vu dans le chapitre précédent que certains auteurs comme LÆPER vont plus loin et invoquent pour les points cervicaux une irritation des ganglions cervicaux inférieurs. M. CADE d'autre part a trouvé les points cervicaux très fréquents dans les caéiialgies.

CHAPITRE IV

Séméiologie des points cervicaux douloureux dans les affections abdominales.

Nous allons étudier maintenant avec l'appui de quelques observations que nous avons pu recueillir la séméiologie proprement dite des points cervicaux dans les organopathies abdominales. Ces observations sont en grosse majorité celles des malades du service spécial de gastro-entérologie du docteur CADE. C'est à l'obligeance de ce maître, dont nous avons été autrefois l'élève, que nous devons ainsi et l'idée de cette thèse et une grande partie des documents qui l'étayent.

Nous dirons d'abord que nombre d'affections abdominales ne présentent pas en général de points cervicaux : surtout les affections de l'étage inférieur sur lesquelles nous glisserons rapidement, puisqu'en réalité elles sortent de notre sujet.

Signalons cependant en passant deux observations intéressantes d'affection des colons :

OBSERVATION N° 1

C..., 48 ans, employé de commerce. Entré le 2 novembre 1918, sorti le 2 décembre 1918.

Entré pour troubles intestinaux anciens, douleurs de l'abdomen, gros amaigrissement, mauvais état général, signes de tumeur abdominale. A fait dix-sept mois de front. En mai 1916 a commencé à souffrir de douleurs abdominales intermittentes sans relation avec les repas. Constipation opiniâtre entrecoupée de débâcle diarrhéiques.

A l'entrée: Aurait maigri de 26 kilogs; anorexie électorique pour viandes et graisses. Pas de vomissements. Constipation habituelle, aurait eu du mœlena en 1917. Abdomen un peu météorisé. La région périombilicale est douloureuse et légèrement au-dessous de l'ombilic, il existe une induration transverse douloureuse au palper. Ganglions inguinaux.

Pas de points cervicaux.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Chimisme gastrique. Acidité conservée.

La radioscopie montre une distension exagérée du colon ascendant au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle. Insuffisance pylorique au début de l'arrivée du bismuth dans l'estomac. Evacuation rapide.

Diagnostic posé: Néoplasme du colon ascendant (confirmé par l'intervention chirurgicale).

OBSERVATION N° 2

D... Emile. Entré le 18 octobre 1918, sorti le 21 décembre 1918.

Hospitalisé en août 1918 pour algie du membre inférieur

droit et entérite. En 1900 a eu la dysenterie à Madagascar, en février 1916 diarrhée sanglante et amaigrissement.

Actuellement: Syndrome gastrique précoce sans vomissements. Constipation, et tous les 5 à 6 jours poussée diarrhéique. Ventre ballonné, ptose, corde colique gauche douloureuse. Rate normale, rien aux poumons, ni au cœur. Phosphaturie légère. Etat général assez bon; chimisme gastrique normal. Tubage à jeun négatif.

Pas de points cervicaux.

Diagnostic posé: Entéritique. Colopathie et nervosisme. Sort amélioré.

Nous n'avons pas d'observations positives touchant les affections chroniques du pancréas, probablement parce que les affections intrapancréatiques ont un retentissement moindre sur le péritoine que les organes plus antérieurs.

Pour la rate, dans deux observations, M. CADE a pu noter qu'avec une rate paludéenne très volumineuse, légèrement sensible à la pression, il n'existait qu'un point cervical droit peu intense. Mais dans les deux cas le foie était augmenté de volume et la région vésiculaire sensible à la pression. Il semble plus logique de rapporter ici aux altérations hépatiques et péri-hépatiques le point cervical observé. Il est possible cependant que la grosse rate paludéenne qui s'accompagne si souvent de périsplénite puisse donner aussi naissance par elle-même à des points cervicaux.

A côté des maladies où le point cervical ne nous a pas paru exister il y a des malades chez qui, par contre, il existe trop et n'a plus de valeur. Nous voulons citer les névropathes, les caélialgiques, certains gastropathes fonction-

nels chroniques dont les souffrances sont accompagnées d'une conservation satisfaisante de l'état général. Ceux-là ont les signes cervicaux généralement bilatéraux, mais ils ont aussi les points abdominaux. Ils les ont tous, ils ont de l'hypéresthésie cutanée. Chez certains de ces malades le lavement d'antipyrine faisant disparaître tous les points douloureux satellites, peut laisser subsister un point cervical qui prend alors une grosse valeur d'orientation diagnostique.

Rentrant dans la catégorie des névropathes, nous citerons l'observation du malade suivant :

OBSERVATION N° 3.

B... Clément, 29 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 14 mars 1919.

Entré pour troubles dyspeptiques, palpitations, essoufflement. A signaler dans les antécédents une convalescence de grippe à 17 ans, marquée par des vomissements alimentaires abondants avec régurgitations acides, sans hémorragies, mais diarrhée avec sang et glaires.

Amélioré par le régime, les écarts de régime font réapparaître les troubles dyspeptiques.

Actuellement : Ne vomit pas, mais a des régurgitation fréquentes. Point douloureux épigastrique, avec syndrome précococoe. Appétit conservé, un peu amaigri. Alternatives de diarrhée et constipation. Pas de Weber. Radioscopie négative. Examen du cœur et des poumons négatif. Palpitations fréquentes. Points douloureux mésentérique.

Points cervicaux douloureux bilatéraux.

Diagnostic posé : *Dyspepsie nerveuse, avec caélicalgie.*

Enfin, et c'est là le cœur même de la question traitée dans ce travail, pour certaines affections abdominales, les points cervicaux peuvent présenter une valeur séméiologique certaine. Nous distinguerons :

A. — POINT CERVICAL UNILATÉRAL DROIT OU PRÉDOMINANT UNILATÉRAL DROIT

Ce sont les affections du foie : en première ligne la lithiase biliaire chronique infectée, à poussées récidivantes, celle qui s'accompagne des réactions inflammatoires péritonéales décrites par le professeur PAVIOT sous le nom de péritonite sous-hépatique, les cholécystites et péricholécystites, la périhépatite.

Nous noterons en passant que le gros foie seul, libre, non douloureux ne donne généralement pas de point cervical.

Voici quelques observations concernant ces affections :

1° — LITHIASSE BILIAIRE

OBSERVATION N° 4

(Communiquée par le docteur Parturier)

Mme F... A toujours souffert de l'estomac : crises de coliques hépatiques classiques avec ictère, alternant avec crises de coliques vésiculaires sans ictère.

Vésicule douloureuse. Une cure à Vichy améliore la ma-

lade, mais au cours du traitement, après une violente émotion, crise intense avec lipothymie, ictère au troisième jour, et dans les fèces calcul gros comme une petite noisette au quatrième jour.

Point cervical droit net, constant, constaté dès le premier examen.

La malade a deux filles : l'une a souffert de petites crises de coliques hépatiques et présente le point cervical droit; l'autre atteinte de ptose rénale n'a pas de point cervical.

OBSERVATION N° 5

B... Joseph. Ancien paludéen à accès très rares. Pas de splénomégalie. A eu de la lithiase biliaire. (En 1917, crise de colique hépatique qui a duré 8 jours et s'est accompagnée d'une fièvre légère). Subictère persistant. Sensibilité vésiculaire nette, sans hypertrophie du foie. Quelques troubles dyspeptiques discrets.

Point cervical droit très net.

A propos de la lithiase biliaire nous emprunterons quelques renseignements à un travail inédit du docteur PARTURIER, concernant des observations prises par lui dans les hôpitaux ou ambulances du front. De ce travail il découle que :

« 64 fois sur 100 il y a douleur concomitante du point cervical droit et de la vésicule biliaire, sans douleur des points intercostaux internes; 14 fois sur 100 la douleur vé-

siculaire existe seule; 22 fois sur 100 les points cervicaux, la douleur vésiculaire, les points intercostaux coïncident.

Ces observations portent sur 200 cas environ, sujets entre 20 et 35 ans, assez bien portants pour partir en renfort. Les réactions de volume et de sensibilité du foie ne s'accompagnent par contre qu'inconstamment de points douloureux cervicaux ».

2° — PÉRIHÉPATITE

OBSERVATION N° 6

D... François, 43 ans. Entré le 14 mars 1919 à l'Hôtel-Dieu.

Entré pour troubles dyspeptiques, diarrhée. Séjour au Maroc de 1914 à 1918; y aurait eu la diarrhée jusqu'à 20 selles par jour. Se plaint actuellement de douleurs gastriques, tiraillements, douleurs continues d'intensité supportable, non modifiées par les aliments. Pas de vomissements, pas de points douloureux abdominaux nettement localisés. Diarrhée fréquente. Foie douloureux à la pression, gros, très dur à la palpation. Pas de splénomégalie, pas d'ictère. Etat général resté bon malgré amaigrissement de 5 à 6 kilogs.

Leucoplasie buccale discrète sans antécédents spécifiques.

Rien au cœur, rien au poumons.

Point cervical droit net.

Diagnostic posé : Gros foie cirrhotique avec périthépatite.

OBSERVATION N° 7

G..., 45 ans. Hôtel-Dieu. Entré le 8 février 1919 pour troubles dyspeptiques gastro-intestinaux.

En août 1916, atteint d'une crise aiguë de dysenterie. Incision et drainage par la voie antérieure d'un volumineux abcès du foie; quelques jours après seconde intervention pour drainage de la plèvre. Après longue convalescence, réhospitalisé depuis août 1918.

A l'entrée : Homme amaigri, appétit conservé. Douleur constante dans l'hypocondre droit. Ni vomissements, ni hématemèses.

Foie petit à la percussion, pas douloureux par lui-même. Estomac dilaté sans point pylorique ou duodénal. Rate normale. Abdomen flasque. Hémorroides. Pas de signes pulmonaires. Hypotension artérielle. Weber légèrement positif.

La radioscopie négative pour l'estomac montre une légère diminution de la profondeur du sinus costo-diaphragmatique droit avec réduction des mouvements de haut en bas de la coupole.

Points cervicaux bilatéraux, le droit beaucoup plus intense.

B. — POINT CERVICAL GAUCHE OU PRÉDOMINANT UNILATÉRAL GAUCHE

Ce sont les affections gastro-duodénales que nous avons ici en vue. Nous citerons rapidement l'œsophage parce qu'il est intra-thoracique dans la plus grande partie de son trajet et qu'il peut déterminer un point cervical par compression du phrénique. Nous signalerons en passant une observation intéressante de néoplasme de l'œsophage.

OBSERVATION N° 8

G... Charles, 44 ans. Entré à l'Hôtel-Dieu le 24 octobre 1918, décédé le 20 novembre 1918.

En août 1918, soigné pour induration du sommet droit. Syndrome clinique de bacillose, mais recherche des bacilles toujours négative. Hémoptysies légère répétées. Crachats souvent striés de sang. Dysphagie. Régurgitations. Vomissements précoces à type de régurgitation. Anémie, amaigrissement de près de 20 kilogs. Cachectisation progressive.

Point cervical gauche net.

Décès.

Nécropsie: Néoplasme ulcéré et bourgeonnant de partie moyenne de l'œsophage avec envahissement et compression de la bronche droite (pseudo-signes de bacillose). Estomac petit. Foie muscade.

Au microscope: Epithélioma du type épidermique à globes épithéliaux.

Ce sont surtout LES ULCUS ET NÉOPLASMES DE L'ESTOMAC qui nous donneront des points cervicaux typiques:

1° — ULCUS DE LA PETITE COURBURE.

OBSERVATION N° 9

D... J.-B., 37 ans, cultivateur. Hôtel-Dieu. Entré le 14 février 1919, sorti le 22 février 1919.

Bonne santé avant la guerre. En 1917, à la suite d'écarts

de régime, a présenté des crises gastralgiques avec vomissements. Hospitalisé, envoyé en convalescence, puis séjour d'un an en Tunisie sans malaises. Reprise des accidents en novembre 1918. Persistance des vomissements alimentaires et surtout aqueux abondants. A eu plusieurs hématomèses.

A l'entrée: Homme très amaigri, asthénique. Syndrome tardif calmé par le vomissement, non soulagé par l'alimentation. Douleur épigastrique diffuse avec légère tension intermittente. Pas d'hémorragies occultes fécales. La palpation profonde possible montre de la douleur à la région pylorique et surtout au niveau de la petite courbure sous le rebord costal gauche.

Le point cervical gauche est très net.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, des urines est négatif.

On pose le diagnostic d'ulcus de la petite courbure avec phénomènes de pylorisme intermittent, diagnostic confirmé par l'intervention chirurgicale (docteur Durand, gastro-entéro-anastomose).

2° — ULCUS PRÉPYLORIQUE ET PYLORIQUE.

OBSERVATION N° 10

P... Alexandre. Hôtel-Dieu.

Dyspeptique depuis 17 mois. Syndrome douloureux tardif avec périodes d'amélioration. Hyperchlorydrie nette constatée en 1918 avec retard d'évacuation à la radioscopie sans stase permanente. Aurait vomi du sang en février et mars 1918. Légères hématomèses depuis. Assez grosse hématomèse en février 1919.

A l'entrée : Douleurs tardives, vomissements quotidiens, alimentaires abondants. Estomac allongé. Point duodéal douloureux vérifié à la radioscopie. Douleur dorsale (à droite de la colonne), à la pression.

Point cervical gauche très net.

Diagnostic posé : *Ulcus duodéno-pylorique.*

Opéré le 13 février 1919 (docteur Durand) : ulcus du pylore avec adhérences : gastro-entéro-anastomose.

OBSERVATION N° 11

G... Paul, cultivateur. Entré le 7 novembre 1918, sorti le 20 décembre 1918.

Souffre de l'estomac depuis 10 mois.

A l'entrée : Syndrome précoc et syndrome tardif, légèrement soulagé par la nourriture. Vomissements peu fréquents. Clapotage gastrique léger 3 heures après le repas. Creux épigastrique très douloureux à la pression.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Maigrit de 2 kilogs pendant son séjour. Weber négatif, mais Meyer antérieurement positif. Pas d'hyperchlorydrie au chimisme gastrique. Légère hypersécrétion à jeun.

La radioscopie confirme un point douloureux pylorique avec diminution de la mobilité à cet endroit.

Dans le liquide de lavage de l'estomac : polynucléaires abondants, cellules de revêtement, petites cellules rondes.

Point cervical gauche net.

Diagnostic posé : *Petit ulcus pyloro-duodéal. Intervention à discuter.*

OBSERVATION N° 12

V... Claude-Marie. Entré le 25 décembre 1918.

Aurait eu pendant quelques années un syndrome douloureux une heure à deux après le repas, sans douleur en broche, ni hématomèse, ni mœlena, mais avec vomissements. Appétit conservé, sauf dégoût léger pour viande. Aurait maigri de 12 kilogs.

A l'entrée: Peu de douleurs, mais vomissements après chaque repas, abondants, faciles. Crampes dans les mains, rappelant une ébauche de tétanie.

Très maigre. Pas de ganglions de Troisier.

A l'examen: Signes objectifs d'une sténose pylorique avec clapotage gastrique perçu jusqu'au pubis et mouvements de reptation de l'estomac.

Point épigastrique très douloureux.

Point cervical gauche prédominant et intense.

Subictère des conjonctives. Rien au cœur, rien aux poumons. Disque notable d'albumine dans les urines. Weber négatif (un seul examen).

Malade évacué immédiatement dans un service de chirurgie où on pratique une gastro-entérostomie avec le minimum d'anesthésie étant donné l'état très grave du malade. Néanmoins celui-ci succombe.

La *nécropsie* montre une *sténose pylorique* très serrée admettant à peine la sonde cannelée.

Cicatrice étoilée d'origine ulcéreuse. Estomac énorme avec quelques concrétions. Adhérences péritonéales péripyloriques.

A signaler dans l'observation précédente que l'ulcus n'était plus en évolution mais que les points cervicaux per-

sistaient parce qu'il y avait inflammation chronique du péritoine.

3° — LA STÉNOSE MÉDIO-GASTRIQUE D'ORIGINE ULCÉREUSE

nous a fourni aussi un cas.

OBSERVATION N° 13

(Communiquée par le docteur Cade)

Mme D... Troubles dyspeptiques entre 16 et 19 ans : douleurs et vomissements. Depuis deux ans surtout troubles dyspeptiques marqués par des douleurs tardives nocturnes, des vomissements abondants et fréquents, aqueux, peu alimentaires. Pas d'hémorragies apparentes. Constipation habituelle.

A l'examen : Maigreux accentuée sans cachexie, points douloureux caéligalgiques, point douloureux cervical très prédominant à gauche. Estomac clapotant même à jeun. Contractions péristaltiques stomacales. Ptose accentuée. Rien au cœur, rien aux poumons. Hypotension artérielle. Weber négatif, mais réaction de Meyer positive, donc hémorragies occultes très discrètes.

La radioscopie montre avec le bismuth une sténose médiogastrique très nette, divisant l'estomac en deux poches, une supérieure, une inférieure, la communication entre les deux poches n'étant pas perceptible à l'écran.

Donc : Estomac biloculaire par sténose médiogastrique, d'origine probablement ulcéreuse.

4° — LE NÉOPLASME DE L'ESTOMAC

OBSERVATION N° 14

L... Joseph, cordonnier. Entré le 21 novembre 1918, sorti le 24 décembre 1918.

Depuis six mois digère mal, amaigrissement, pâleur, syndrome tardif; vomissements bilieux, légèrement acides; pas d'hématémèse, pas de dégoût. Pas de clapotage trois heures après repas. Bord du foie légèrement douloureux. Corde dure et douloureuse au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Ganglions susclaviculaires gauches volumineux.

Examen du cœur et des poumons, négatif. Weber négatif. Chimisme: acidité totale 2,73. Tubage à jeun, négatif.

A la radioscopie: la bouillie bismuthée envahit immédiatement le duodénum. Contours du pylore peu nets, l'autre pylo-rique n'apparaît pas. Evacuation normale. Amaigrissement : 3 kilogs.

Point cervical gauche net.

Diagnostic: Néoplasme de l'estomac.

Les dernières nouvelles du malade rentré chez lui confirment le diagnostic.

OBSERVATION N° 15

B..., 33 ans. Hôtel-Dieu. Entré le 24 novembre 1918, sorti le 4 janvier 1919. Deuxième séjour, du 28 janvier 1919 au 14 février 1919.

Entré pour troubles dyspeptiques avec dilatation d'estomac

et grands vomissements. Induration sous le rebord costal gauche.

A signaler dans les antécédents six ans de séjour à Madagascar avec paludisme ; soigné depuis deux ans pour bacillose rénale et épidydimite double. A eu douleurs gastriques en 1916, qui ont disparu en 1917, mais réapparu plus vives en mars 1918. Depuis août se sont aggravées et accompagnées de grands vomissements alimentaires.

A l'entrée : Amaigrissement de 12 kilogs. Syndrome tardif calmé par vomissement. Pas d'hématémèses. Clapotage à jeun, augmentation de la sonorité gastrique, pas d'ondes péristaltiques. Point douloureux à 2 centimètres à droite et au-dessus de l'ombilic ; la palpation montre à ce niveau une tuméfaction irrégulière, marronnée, peu mobile. Nombreux ganglions axillaires, pas de ganglions de Troisier.

Point cervical gauche net.

Pas de signes de bacillose en évolution aux poumons. Weber positif. Rate grosse.

La radioscopie montre une tumeur englobant tout l'antrum pylorique, refoulant l'intestin grêle à gauche.

Intervention chirurgicale le 4 janvier 1919 : grosse tumeur prépylorique avec ganglions nombreux à caractère néoplasique. Gastro-entérostomie (Von Hacker).

OBSERVATION N° 16

R... Philibert, 44 ans, chaudronnier. Hôtel-Dieu. Entré le 9 octobre 1918, sorti le 23 décembre 1918.

Douleurs épigastriques datant d'octobre 1914. En mai 1918, hospitalisé et convalescence pour dyspepsie hyperchlorydrique. Alternatives d'amélioration et d'aggravation, mais l'état général décline, le malade continuant à présenter un syndrome

hyperchlorydrique avec vomissements alimentaires tardifs et abondants.

Amaigrissement progressif très notable, pas d'hémorragies occultes fécales, mais hématémèses en octobre 1918.

Légère hyperchlorydrie après repas d'épreuve.

Radioscopie : Petit résidu bismuthé quatre heures après l'ingestion initiale.

Très maigre, jaune paille : ondes péristaltiques stomacales, succussion à jeun : la région de la petite courbure est très douloureuse ; la palpation y fait sentir un plastron induré et lobulé. Pas de ganglions, sauf ganglions inguinaux assez nombreux.

Point cervical gauche très net.

Diagnostic : Néoplasme du pylore et de la petite courbure, confirmé par le chirurgien qui fait une gastro-entérostomie pour sténose pylorique.

Opération suivie d'une grosse amélioration. Reprise de dix kilogs en poids. *Disparition complète des douleurs et dispari-*
tion du point cervical gauche.

Nous sommes ici en contradiction avec HUCHON, mais nous avons vu que DUBARD lui-même n'admettait pas que le point cervical pût différencier l'ulcère du néoplasme.

D'autre part l'observation précédente nous montre un fait intéressant : la disparition du point cervical coïncidant avec la sédation des douleurs et la reprise de poids qui ont suivi l'opération.

5° — L'ULCUS DU DUODÉNUM

OBSERVATION N° 17

(Communiquée par le docteur Parturier)

Jeune homme de 18 ans, malade depuis six mois, soigné pour indigestion, grippe, empoisonnement alimentaire, colique vésiculaire.

Très amaigri. *Point douloureux maximum se confondant avec point vésiculaire.* Absence de douleur inspiratoire.

Point cervical gauche net.

Tableau clinique: vomissements extrêmement abondants de liquide clair, presque limpide, acide, survenant à n'importe quelle heure, beaucoup plus rares quand fut institué le régime des bouillies épaisses, mœlena abondant. La radioscopie montre une image résiduelle nette au point maximum de la douleur. L'intervention chirurgicale (docteur Dujarrier), montre *un gros ulcère du duodénum à l'union des deux premières portions.* *Adhérences de la face postérieure de l'estomac.*

OBSERVATION N° 18

P... Jean-Claude, cultivateur, 39 ans. Premier séjour du 5 août 1918 au 16 septembre 1918. Deuxième séjour: entré le 10 mars 1919.

A 13 ans, douleur épigastrique entraînant des vomissements glaireux pendant plusieurs mois. Amélioration, mais de 1908 à 1910 douleurs d'estomac, surtout 2 à 3 heures après le repas. Douleur soulagée un moment après prise d'aliments. Vomissements assez fréquents. Amélioré.

En janvier 1918, entre à l'hôpital: présente à ce moment 3 hémorragies intestinales dont la dernière très forte avec perte de connaissance.

Actuellement douleur stomacale presque continue. Clapotage de l'estomac 4 heures après les repas. Point douloureux spontané, constant, répondant au point duodéal. Examen du cœur et des poumons négatif. Weber négatif. Le chimisme gastrique montre de l'hyperchlorydrie. Pas de points de Lœper, ni de Læven, mais point cervical gauche net.

Diagnostic posé: ulcus duodéal en période d'amélioration.

OBSERVATION N° 19

G... Joseph. Entré le 14 novembre 1918, sorti le 6 janvier 1919.

A présenté en 1908, douleurs gastriques et selles sanginolentes. A eu depuis quelques crises.

A l'entrée: Syndrome tardif, 3 à 4 heures après les repas. Douleur violente parfois transfixiante, soulagée par aliments. Vomissement rare. Clapotage gastrique 3 heures après petit déjeuner. L'appétit est conservé. Examen du cœur, des poumons, de la rate négatif. Phosphaturie légère.

Le Weber a toujours été douteux ou négatif pendant son séjour: aurait été positif antérieurement. Le chimisme montre de l'hyperchlorydrie.

Il existe un point douloureux maximum à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic: ce point, à la radioscopie correspond à la deuxième portion du duodénum.

Point cervical gauche très net.

Diagnostic posé: Ulcère duodéal.

C. — POINT CERVICAL BI-LATÉRAL RÉPONDANT A UNE ORGANOPATHIE CHEZ UN NÉVROPATHE.

En général l'examen approfondi et répété à plusieurs jours d'intervalle finit par montrer un point plus intense que l'autre et le lavement d'antipyrine en cas d'embarras peut venir aider le clinicien en faisant disparaître le point « satellite ».

D. — ABSENCE DE POINTS CERVICAUX AU COURS D'UNE ORGANOPATHIE SUPPOSÉE

Enfin signalons un cas où à une organopathie supposée de l'estomac ne correspondaient pas de points cervicaux : l'intervention pratiquée ne montra ni périgastrite, ni ulcus, ni tumeur.

Voici l'observation du malade.

OBSERVATION N° 20

R..., 33 ans, employé de chemin de fer (Hôtel-Dieu). Entré le 11 janvier 1918, sorti le 11 février 1919.

Entré pour troubles gastriques. Rien dans les antécédents, mais considéré comme nerveux, émotif. Ni éthylisme, spécifique à 18 ans, assez bien soignée. Mobilisé au chemin de fer ;

en octobre 1916, serré entre deux tampons; accident suivi de vomissements alimentaires et bilieux, sans hématomène ni mœlena. Depuis n'a effectué aucun travail régulier, se plaignant toujours de douleurs gastriques. Dit avoir beaucoup maigri, mais teint normal sans anorexie: syndrome gastralgique tardif avec sensation de brûlure. Pas de vomissement, mais régurgitation acides.

A l'examen: Creux épigastrique indolore, estomac non dilaté. Pas de point pylorique, ni duodénal. Examen négatif du cœur, des poumons, du système nerveux. Le chimisme montre de l'hyperchlorhydrie (acidité totale : 3,55). Weber négatif. Radioscopie négative.

Pas de points cervicaux.

Part légèrement amélioré.

Les troubles gastriques ayant réapparu, revient dans le service en mars 1919. Ne présente toujours pas de points cervicaux.

Opéré le 20 mars 1919 par M. Durand: on ne trouve rien à l'opération: *pas d'ulcus, pas d'adhérences*. On fait néanmoins une gastro-entéro-anastomose.

CHAPITRE V

Physiologie pathologique des points cervicaux

Il nous faut maintenant tenter un essai de physiologie pathologique du point cervical. Nous avons vu que les organes qui nous occupent tirent leur innervation du pneumogastrique et du sympathique et aussi probablement un peu du phrénique puisque celui-ci envoie des rameaux viscéraux et notamment des filets pour l'enveloppe séreuse du foie. La souffrance des organes, les réactions inflammatoires du péritoine qui les entoure sont pour les nerfs une source d'irritation constante, pouvant créer dans le tronc desdits nerfs un état névralgique et même névritique, dont une manifestation clinique est l'apparition de points cervicaux. Nous ne sommes en contradiction ni avec l'anatomie ni avec la physiologie qui nous montrent que, même pour des nerfs à qui normalement la sensibilité consciente ne semble pas avoir été départie, on peut toujours surtout en pathologie, passer par degrés insensibles, de l'inconscient au conscient.

C'est la névrite qu'invoque DUBARD pour son signe du pneumogastrique dans l'ulcère, névrite corroborée par

les autopsies, névrite des vagues d'origine pulmonaire se répercutant dans la sphère de distribution gastro-intestinale de ces nerfs et amenant des troubles trophiques prédisposant à la localisation d'ulcères et de certaines inflammations des voies digestives (dyspepsies graves); mais DUBARD admet que 80 % de ces malades sont des bacillaires ce qui nous paraît manifestement exagéré. En tous cas dans nos observations nous avons tâché d'éliminer le plus possible les causes pulmonaires d'irritation phrénique ou pneumogastrique.

Cette névrite des nerfs relevant des points cervicaux n'est pourtant pas une simple vue de l'esprit et si les circonstances ne nous ont pas permis d'ajouter à nos observations des examens anatomo-pathologiques des cordons nerveux que nous croyons en cause, certains auteurs ont déjà, pour des phénomènes de même nature, invoqué et prouvé cette névrite. Les troubles abdominaux du tabès sont depuis longtemps attribués à la névrite des plexus sympathiques.

En résumé les nerfs qui se distribuent à un organe qui souffre d'une façon chronique peuvent à leur tour devenir douloureux, sortant ainsi du domaine végétatif pour entrer dans le conscient et c'est dans les recherches anatomo-pathologiques qu'on trouvera la signature des lésions que nous invoquons à l'appui de notre thèse.

CHAPITRE VI

Diagnostic des points cervicaux.

Leur valeur comme signe d'orientation.

De quels nerfs relèvent
les points cervicaux ?

Nous avons fixé dans les précédents chapitres tous les éléments essentiels du diagnostic des points cervicaux. Il nous faudra tout d'abord éliminer les points névropathiques. Nous chercherons donc si le sujet présente de multiples points douloureux et de l'hypéresthésie généralisée; nous nous méfierons d'un point cervical double intense et surtout également intense.

Chez d'autres malades les antécédents pulmonaires ou l'état actuel des poumons devront nous faire réfléchir et penser à une irritation globale du phrénique et des nerfs intercostaux, car c'est autant de perdu pour la signification abdominale des points cervicaux. De même nous éliminerons les causes de compression plus ou moins directe du nerf phrénique: cancer de l'œsophage, adénopathie trachéobronchique, médiastinistes et péricardites.

Le diagnostic, en ce qui concerne ces dernières affec-

tions, peut prêter à la discussion et nous retiendra plus longtemps.

Un malade, par exemple, souffre de troubles dyspeptiques chroniques accompagnés d'un mauvais état général. On lui découvre des points douloureux cervicaux à prédominance gauche. La radioscopie montre de l'adénopathie trachéobronchique sans lésion nette des poumons.

Est-on en présence d'une affection gastrique, l'adénopathie latente restant un symptôme de deuxième plan; a-t-on à faire au contraire à un prébacillaire chez qui les points cervicaux seraient dus à une compression nerveuse par l'adénopathie?

Quant à la péricardite ce n'est pas la péricardite aiguë, soit sèche soit avec épanchement, que nous voulons envisager. En effet les signes objectifs, frottement ou signes d'épanchement, dyspnée, état grave du malade, mettront un clinicien averti sur la voie du diagnostic.

Nous aurons surtout en vue les cas de péricardite chronique avec adhérences, celle ayant abouti à un degré plus ou moins accusé de symphyse et particulièrement les formes à processus torpide où le tissu cellulaire du médiastin a pris part à l'inflammation, formes décrites par GRIESINGER et KUSSMAUL sous le nom de médiastino-péricardite calleuse. Quelquefois même le processus symphysaire se généralise aux plèvres et au péritoine sus-hépatique, constituant ainsi les périviscérites de HUCHARD ou symphyse péricardo-péri-hépatique de GILBERT et GARNIER. Dans ces cas l'évolution atypique de l'affection, les symptômes ectopiques éloignent le clinicien de l'idée d'une affection thoracique et, si le syndrome médiastinal reste complètement dans l'ombre, l'englobement de certains organes, comme

le foie, par le tissu calleux, la compression des nerfs causant les points cervicaux douloureux, peuvent faire penser à une affection sous-diaphragmatique.

Ce n'est que par un examen répété, une radioscopie attentive, une anamnèse soigneuse que nous serons ramenés à une affection cardiaque.

Quelquefois un état névropathique surajouté peut masquer un point cervical unilatéral net alors que tout dans l'examen clinique plaide en faveur de l'organopathie.

Dans ce cas, comme l'a signalé le docteur PARTURIER, un lavement avec 1 gramme 50 d'antipyrine nous tirera souvent d'embarras: il fera disparaître momentanément les points douloureux accessoires, le point cervical qui accompagne l'organopathie subsistera seul.

Une fois l'existence du point cervical — et du point cervical indépendant de lésions thoraciques — dûment établie, il nous faudra étudier ses variations possibles suivant le stade de la maladie. Nous verrons ainsi chaque poussée nouvelle se traduire par une recrudescence des points douloureux avec atténuation par contre des points aux moments d'accalmie. La sédation des douleurs peut même amener la complète disparition du ou des points ainsi que nous l'avons constaté dans une de nos observations (observation n° 16).

Mais où la valeur du point cervical apparaîtra surtout comme signe d'orientation c'est dans le cas suivant: un malade souffre d'une péritonite chronique periduodénovésiculaire, l'examen montre des points douloureux ou donne une sensation d'empâtement à contours peu nets dans une région située à droite et au dessus de l'ombilic; cette affection procède par poussées où les symptômes

hépatiques, gastralgiques et péritonitiques se mêlent et se confondent. Est-ce une affection du foie ? Est-ce une affection de l'estomac ou du duodénum ? Si les antécédents ne révèlent pas une colique hépatique nette ou un ictère à variations de la lithiase, ou un syndrome stomacal douloureux typique, ou des hématomés et mœlenas répétés, le clinicien peut être embarrassé surtout en pensant aux nombreux hépatiques qui commencent leur affection comme des gastralgiques.

Eh bien dans ce cas un point cervical unilatéral net pourra, sans trancher le diagnostic, aiguiller fortement le médecin vers l'un ou l'autre organe, foie si le point est à droite, estomac ou duodénum s'il est à gauche.

La question de savoir quel est le nerf en cause est plus difficile à résoudre. Il faut penser au phrénique surtout pour les affections hautes de l'abdomen supérieur : affections du cardia, de la petite courbure de l'estomac, périhépatite à prédominance de péritonite sus-hépatique, d'autant plus que souvent dans ces maladies il y a réaction de la plèvre diaphragmatique sinon de la base du poumon correspondant.

Pour les affections situées plus bas (péritonite-sous-hépatique, ulcus du duodénum) il devient malaisé d'invoquer le phrénique : il nous reste donc le pneumogastrique et le sympathique. Nombre de points douloureux cervicaux doivent être attribués au premier : sa richesse en fibres sensitives, ses lésions névritiques constatées le prouvent. Quant au sympathique nous avons déjà vu qu'on ne saurait systématiquement l'éliminer. Nous ajouterons :

1° Que le paquet vasculo-nerveux au cou est très mobile, le sympathique au contraire assez fixe. Par la pression

profonde qu'il faut exercer, souvent le pneumogastrique suivant les vaisseaux, a fui sous le doigt et c'est le sympathique qui répond.

2° Que les algies sympathiques sont aujourd'hui admises sans contestation : pour certains auteurs non seulement le tronc sympathique mais les ganglions sympathiques aussi pourraient devenir sensibles.

En tout cas nous avons été frappé chez certains de nos malades, atteints d'organopathie gastrique ou duodénale, de la fréquence d'accès entéritiques avec troubles sécrétoires de l'intestin et vaso-moteurs généraux, à début brusque, atteignant leur intensité d'emblée et cessant d'un seul coup, crises qui ont tous les caractères d'un accès de névrose sympathique.

En résumé participation hors de doute et fréquente du phrénique, participation prouvée du pneumogastrique et participation vraisemblable du sympathique : la part de ce dernier nous paraissant susceptible de grandir chaque jour aux dépens des deux autres.

CONCLUSIONS

A. — Les affections abdominales de l'étage supérieur, surtout celles qui s'accompagnent de réaction péritonéale, lithiasse biliaire, ulcus du duodénum, présentent très fréquemment des points douloureux cervicaux répondant presque toujours à la topographie du point connu cliniquement sous le nom de point phrénique; plus rarement ces points douloureux sont situés plus haut dans la partie moyenne de la région antéro-latérale du cou.

B. — Ces points douloureux cervicaux reflètent un état névralgique ou névritique tantôt des nerfs phréniques, tantôt des pneumogastriques et probablement parfois aussi des sympathiques (ganglion cervical inférieur).

C. — Le point cervical est unilatéral droit ou prédominant unilatéral droit dans les affections du foie et de la vésicule biliaire; il est unilatéral gauche ou prédominant unilatéral gauche dans les affections de l'estomac et du duodénum (ulcus ou néoplasme).

D. — Le point cervical douloureux des organopathies qui doit être différencié des points douloureux névropathiques, et de ceux qui existent au cours des médiastinites et des péricardites a pour caractères:

1° D'être toujours prédominant d'un côté.

2° De varier parallèlement avec les manifestations douloureuses de l'organe malade et surtout avec les réactions inflammatoires du péritoine qui l'entoure.

3° De n'être pas calmé momentanément par le lavement d'antipyrine comme les points névropathiques.

4° De disparaître à la guérison.

E. — Le point cervical douloureux ne signifie certes pas toujours organopathie ; il n'indique pas d'autre part la nature de la lésion causale mais étant donnée sa fréquence au cours des organopathies de l'étage supérieur de l'abdomen sa recherche est à faire :

1° En tant que symptôme d'orientation.

2° Parce que ses fluctuations reflètent souvent l'évolution de l'affection concomitante.

La constatation de ce signe est donc intéressante, mais demande à être interprétée et confrontée avec les autres constatations cliniques, radiologiques, chimiques, coprologiques.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAVIOT.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 12 Avril 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
LE VICE-PRÉSIDENT,
DEPERET.

BIBLIOGRAPHIE

TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographique.

POIRIER ET CHARPY. — Anatomie humaine.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

MORAT ET DOYON. — Traité de physiologie.

GLEY. — Physiologie élémentaire.

BOUCHARD. — Pathologie générale, T. V.

BROUARDEL ET GILBERT. — Traité de Médecine.

DEBOVE ET RENAULT. — L'ulcère de l'estomac.

PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire
(collection Leauté).

PAVIOT. — Précis de diagnostic médical et séméiologie (col-
lection Testut).

CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin (col-
lection Testut).

GALLAVARDIN. — Précis des maladies du cœur et de l'aorte
(collection Testut).

J.-CH. ROUX. — Lésions du système grand sympathique dans
le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité
viscérale (Thèse de Paris 1900).

- HUCHON. — Contribution à l'étude des affections gastro-intestinales (pneumogastrique et ulcère de l'estomac). Thèse de Lyon 1907.
- LÆPER. — Leçons de pathologie digestive, 1911.
- CHAUFFARD. — Article sur les affections de la vésicule biliaire. Journal médical français, avril 1914.
- ALBERT MATHIEU. — Le syndrome ulcéro-pylorique. Gazette des Hôpitaux, 10 mars 1914.
- COSTA ET TROISIER. — Le point phrénique dans les ictères infectieux. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 28 juin 1917.
- DUBARD. — Le signe du pneumogastrique, Lyon-Chirurgical, mai-juin 1918.
- PARTURIER. — Le diagnostic clinique des syndromes douloureux de la région vésiculaire. Revue de Chirurgie, avril 1919.
- CADE ET PARTURIER. — Les points douloureux de la base du cou et leur valeur séméiologique dans les affections abdominales. Revue de médecine 1919 (à l'impression).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Les points cervicaux douloureux. — Leur fréquence. — Leur recherche. — Ce qu'ils signifient.....	7
— II. — Notions d'anatomie et de physiologie indispensables à la compréhension des points cervicaux.....	10
— III. — Des divers auteurs qui avaient signalé les points cervicaux douloureux dans les affections abdominales et de l'in- terprétation qu'ils en avaient donnée.	15
— IV. — Séméiologie des points cervicaux dou- loureux dans les affections abdomi- nales.....	19
— V. — Physiologie pathologique des points cervicaux.....	39
— VI. — Diagnostic des points cervicaux. — Leur valeur comme signe d'orienta- tion. — De quels nerfs relèvent les points cervicaux.....	41
Conclusions.....	47
Bibliographie.....	49
